COMUNE DI PADRIA

PIAZZA DEL COMUNE N.1

Timbro del Protocollo

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

OGGETTO:**domanda attivazione servizio infermieristico domiciliare**.

Il/la Sottoscritt _ _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____in Via _____n. _____

Tel.n._____

codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Chiede

/____/ per se stesso/a

oppure

/____/ per il proprio familiare di nome _____

nato/a a _____ il ____/____/_____ residente a Padria

in via _____ n°. _____

codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

trovandosi in gravi condizioni di non autosufficienza,di poter usufruire del servizio infermieristico a domicilio per eseguire i prelievi ematochimici.

A tal fine allega i seguenti documenti:

1) Certificato medico di base e/o specialista comprovante la necessità dell'intervento richiesto;
2) Certificazione ISEE;
3) copia verbale invalidità civile;

Data _____

Firma

==========

Created with novaPDF Printer (www.novaPDF.com). Please register to remove this message.